



CONSENTIMIENTO INFORMADO
TRASLADO/EVACUACIÓN DE PACIENTES

Fecha: ___/___/___ Hora: ___:___

DATOS DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos: Edad:
Sexo: M F Documento de Identidad:
Sr./Sra., de años,
documento de identidad:, en calidad de

PROCEDIMIENTO REALIZADO

Tipo (Aéreo, Terrestre, otro -especificar):
En caso de **Traslado Aéreo**: Traslado Aéreo Sanitario: Sí No
Evacuación Aeroméctica: Sí No
Origen: Centro que deriva:
..... Destino:
Centro Receptor: Motivo del traslado:
.....
Diagnóstico primario:
Otros diagnósticos:

REGISTRO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Declaro voluntaria y libremente:

1. Haber aportado los datos al equipo sanitario con la correspondiente veracidad y fidelidad en relación con mi estado de salud y con mi historia clínica.
2. Haber sido debidamente informado y con explicación clara, sobre los aspectos relacionados con el Procedimiento de Traslado así como sus riesgos, a saber:
 - a- Generales: que implican la asistencia como caídas, desplazamiento de dispositivos y/o equipamientos (sondas endotraqueales, catéteres, drenajes, sondas); fallas de equipamiento, reacciones adversas medicamentosas entre otros que, aún bajo vigilancia y controles de calidad permanentes, implican un riesgo inevitable.



- b- Los generales relacionados con la atención médica dependientes de la enfermedad de base y las necesidades de monitorización y tratamiento requeridos. Además aquellos vinculados con enfermedades o condiciones previas -diagnosticadas o no- que pueden desencadenar riesgos o complicaciones de manera inevitable e impredecible, sea durante la realización de un procedimiento y/o luego del mismo.
- c- Afectaciones propias del vuelo que pueden generar discomfort: zumbidos en los oídos, náuseas, vómitos, sequedad ambiental, sensaciones de frío o calor o todas aquellas consecuencias derivadas del ruido o las vibraciones propias del vehículo utilizado para el traslado.
- d- Incumplimiento en itinerarios de la misión como retrasos, cambios, desviaciones o suspensiones por razones médicas, de tráfico, meteorológicas u otras de fuerza mayor.

3. Haber sido informado de la necesidad de intercambio de información médica necesaria para mi atención y la obtención de beneficios entre los equipos médicos tratantes del centro de origen, de traslado y receptor, así como de mi prestador.

He comprendido las explicaciones que se me han brindado en un lenguaje claro y sencillo y el equipo que me ha atendido me ha permitido esclarecer todas mis dudas que han sido planteadas.

Por ello declaro mi conformidad con relación a la información recibida, comprendiendo el alcance y los riesgos del traslado.

Entiendo asimismo que, en cualquier momento y sin necesidad alguna de explicaciones, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

En estas condiciones **CONSIENTO** que se efectúe el traslado identificado precedentemente.

Nombre y firma del médico tratante o integrante del equipo tratante:
.....

Firma del paciente o del representante legal
.....

Nombre y firma del representante del equipo de traslado:
.....